

新古賀クリニック健康管理センター行

FAX:0942-35-3875

## 変更申込書

フリガナ	性別	申込日
お名前	※旧姓	
生年月日 大正・昭和・平成・令和	年 月 日	患者番号
住所 〒		
日中のご連絡先①	日中のご連絡先②	

### ★健診予定日の変更★

現在の予約日	
希望日	第一希望
	第二希望
	第三希望

### ★希望オプション追加★

※希望のオプションをご記入下さい

### ★備考★

※胃透視を胃カメラに変更したい、キャンセルのご連絡など